



COMUNE DI FUMANE
Viale Roma,2
37022 Fumane

Modulo A)

**IMPOSTA DI SOGGIORNO
DICHIARAZIONE DEL TRIMESTRE SOLARE A CURA DEL GESTORE
(_____ TRIMESTRE dell'anno _____)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

PROV. _____ IL ____/____/____ RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____ TEL _____

CELL _____ FAX _____ EMAIL _____

Cod. Fisc.: _____ **IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DITTA:**

Cod. Fisc.: _____ **P. Iva** _____

CON SEDE LEGALE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____, CON RIFERIMENTO

ALLA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA _____

UBICATA IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

E-MAIL _____ CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA _____

TIPOLOGIA EXTRA- ALBERGHIERA _____,

D I C H I A R A

1. CHE NEL TRIMESTRE SOLARE (MESI DI _____, _____, _____) ANNO _____,

HA OSPITATO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

A) SOGGETTI AD IMPOSTA PER PERNOTTAMENTI FINO A 3 GIORNI:

Euro per notte, per persona (vedi nota*) _____			
Periodo	N° ospiti soggetti ad imposta	N° pernottamenti	Importi da versare
Trimestre in corso n. ____/____/____ anno _____			
1° mese:			
2° mese:			
3° mese:			
TOTALE (A)			
Per soggiorni a cavallo di 2 trimestri:			
1) Riporto di pernottamenti del trimestre precedente, ma che vengono riscossi nel trimestre in corso (vedi nota **) (B)			
Per soggiorni a cavallo di 2 trimestri:			
2) Detrazioni per pernottamenti attuali, ma che saranno riscossi nel trimestre successivo (vedi nota **) (C)			
TOTALI DEL TRIMESTRE (A+B-C)			

Modulo A)

B) SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 5 del Regolamento)

	CASI DI ESENZIONE	MESE DI		MESE DI		MESE DI		TOTALE TRIMESTRE
		N° OSPITI	N* PERNOTTAMENTI	N° OSPITI	N* PERNOTTAMENTI	N° OSPITI	N* PERNOTTAMENTI	
a)	I minori entro il quattordicesimo anno di età compreso;							
b)	I malati soggetti a terapie presso strutture sanitarie; ***							
c)	I genitori, o accompagnatori delegati, che assistono ricoverati presso strutture sanitarie, per un massimo di due persone per paziente;***							
d)	Portatori di handicap non autosufficienti, con idonea certificazione medica e il loro accompagnatore;							
e)	Gli autisti di pullman che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggi e turismo							
f)	Gli appartenenti alle forze di Polizia statale, provinciale e locale, nonché al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco che pernottino per esigenze di servizio;							
g)	I volontari che nel sociale offrono il proprio servizio in occasioni di eventi e manifestazioni organizzate dall'Amministrazione Comunale, Provinciale e Regionale o per esigenze ambientali							
h)	I soggetti che alloggiano nelle strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti a eventi calamitosi o di natura straordinaria;							
i)	Il personale dipendente della gestione della struttura ricettiva							
	TOTALI							

C) SOGGETTI CHE NON HANNO PAGATO L'IMPOSTA*(Allegare alla presente dichiarazione le singole attestazioni con i dati dei soggetti che non hanno versato l'imposta)*

Ospiti della struttura ricettiva che si rifiutano di corrispondere l'Imposta di Soggiorno	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		
	Mese di _____		
	Mese di _____		
	TOTALE TRIMESTRE		

2. CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO _____ IN DATA _____

MEDIANTE:

-Versamento diretto presso tesoreria: quietanza n. _____

-Versamento sul c/c postale intestato al Comune di Fumane n. **17322371**-Bonifico Bancario sul conto del Comune di Fumane, Banca Unicredit, Iban: **IT14P0200859810000103522222**: CRO n° _____**Allegare copia della ricevuta**

EVENTUALI ULTERIORI NOTE:

ALLEGATI: - Copie Modulo B)
- Copie Modulo C)

DATA

FIRMA

Note per la compilazione della presente dichiarazione

Nota *: La misura dell'imposta è stata stabilita con delibera della Giunta Comunale n 83 del 29/07/2015.

Nota **: Per i soggiorni a cavallo di trimestre nella tabella **A) SOGGETTI AD IMPOSTA PER PERNOTTAMENTI FINO A 3 GIORNI** compare la voce: "Ripporto pernottamenti trimestre precedente riscossi in questo trimestre e "Detrazioni pernottamenti che saranno riscossi nel trimestre successivo".

Tali voci si riferiscono agli ospiti della struttura ricettiva che hanno iniziato il loro periodo di permanenza nel trimestre precedente che è terminato il trimestre successivo.

Esempio: inizio pernottamento a Fumane dal 29 settembre 2015- termine pernottamento 1° ottobre 2015 (totali 3 pernottamenti).

Dovranno essere dichiarati due giorni nel trimestre solare luglio/agosto/settembre in corrispondenza del mese di settembre e un giorno nel trimestre ottobre/novembre/dicembre in corrispondenza del mese di ottobre. L'imposta sarà pagata dall'ospite alla fine del soggiorno, ossia nel mese di ottobre 2015 ed il relativo versamento totale, da parte del gestore della struttura, verrà effettuato entro il 15 gennaio 2016.

Nella dichiarazione del trimestre luglio/agosto/settembre i tre giorni di pernottamento del mese di settembre saranno indicati nella colonna "Detrazioni pernottamenti che saranno riscossi nel trimestre successivo" con l'indicazione di un ospite soggetto ad imposta e tre pernottamenti soggetti ad imposta.

Nella dichiarazione del quarto trimestre ottobre/novembre/dicembre i giorni di pernottamento del mese di settembre saranno indicati nella colonna "Ripporto pernottamenti trimestre precedente riscossi in questo trimestre" dove il numero degli ospiti è sempre uno ed i pernottamenti soggetti ad imposta sono tre. Mentre il pernottamento del mese di ottobre sarà indicato correttamente nel trimestre di competenza.

Nota ***: L'esenzione è subordinata alla presentazione di apposita certificazione, compilata dall'ospite, in cui lo stesso dichiara che il soggiorno è finalizzato all'effettuazione di terapie sanitarie e/o degenza, oppure di assistenza sanitaria nei confronti di un soggetto che effettua terapie e/o che sia degente. Tale certificazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 deve essere inviata da parte del gestore della struttura (vedi Modulo Dichiarazione esenzione - Modulo B)

Dove e come consegnare il presente Modulo A)

La dichiarazione va compilata e consegnata entro venti giorni dalla fine di ciascun trimestre solare (20 aprile – 20 luglio – 20 -ottobre – 20 gennaio).

Poiché l'imposta decorre dal 1 agosto 2015, dunque a trimestre iniziato, la prima dichiarazione dovrà essere presentata entro il 20 ottobre 2015 per soli due mesi.

La dichiarazione può essere inviata all'ufficio Tributi del Comune di Fumane con le seguenti modalità:

- al n. di fax 045/6832888;
- all'indirizzo di posta elettronica: info@comunedifumane.it
- tramite servizio postale certificato con raccomandata A/R all'indirizzo: Comune di Fumane – Viale Roma, 2 – 37022 Fumane (Vr);
- con consegna a mano negli orari di apertura al pubblico: dal lunedì al giovedì dalle ore 10.00 alle ore 13.00 – mercoledì dalle ore 15-00 alle ore 17.00

Per eventuali ulteriori informazioni visitare il sito www.comunedifumane.it oppure telefonare al numero 045/6832820.